

- 胃瘻造設
 胃瘻交換

依頼書 兼 診療情報提供書

年 月 日

山本第三病院 担当医 殿

地域医療連携室 直通FAX番号 06-6658-2130

【紹介元】

施設名		医師名		担当者	
住所地		TEL		FAX	

【患者基本情報】

フリガナ		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 (歳)	性別	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
患者住所		<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中	()		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可	会話	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可	ADL	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
拘縮の状況	頸部： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	上肢： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	下肢： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
抗凝固薬 抗血小板薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容： ()	※来院当日は必ずお薬手帳をご持参ください。		休薬開始日	月 日

【紹介内容】

<input type="checkbox"/> 別紙 診療情報提供書あり	<input type="checkbox"/> 別紙 採血検査データあり
---------------------------------------	---------------------------------------

胃瘻造設を依頼される場合 《バンパー・チューブ型》		胃瘻交換を依頼される場合 《バルーン・ボタン型》	
現在の 栄養摂取状況	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 内容 () <input type="checkbox"/> 点滴 内容 ()	PEGの状況	
	腹部の手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容 ()	前回交換日
胃瘻造設 理由説明		説明実施日 年 月 日 様 続柄 ()	メーカー
	その他特記事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	製品名
			キットの型
		サイズ	(Fr cm)
		オブチュレーター (抜去器)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

※初回交換時はオブチュレーターが必要です。お持ちでない場合は事前にご連絡下さい。

来院方法	<input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 施設車 <input type="checkbox"/> その他 ()
付き添い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ())

※ 胃瘻造設に関しては原則造設当日の入院となります。入院期間の目安は4日間です。

(患者様の状態により上記日程以上になる場合があります。)

※ 術前検査により当院で造設できない場合があります。

※ 当院は基本胃瘻造設の場合バンパー・チューブ型、胃瘻交換の場合バルーン・ボタン型となります。

※ 当日は絶食及び注入は中止していただきご来院ください。

※ 前日もしくは当日に体調の変化等があった場合は、来院前にご連絡ください。

※ 時間外にFAXを送っていただいた場合は、後日地域医療連携室より日程調整の連絡をさせていただきます。

社会医療法人 山紀会 山本第三病院 地域医療連携室(直通) 06-6658-9316 電話受付対応時間 平日 9:00 ~ 17:00 土曜日 9:00 ~ 12:30
